

INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA SOCIAL CLÍNICA

Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión¹

Social representations as a subjective process: a case study of hypertension

Valéria D. Mori

Uniceub, Brasil
morivaleria@gmail.com

Fernando Luis González Rey

Uniceub, Brasil
gonzalez_rey49@hotmail.com

Artículo de investigación científica y tecnológica recibido el 8/02/10 y aprobado el 31/05/10

Resumen

En el presente trabajo discutimos las configuraciones subjetivas, y las diferentes representaciones sociales, de una paciente con hipertensión. En el análisis realizado es posible comprender los diferentes procesos subjetivos que se organizan en la experiencia de esos pacientes con hipertensión, así como la manera en que las representaciones sociales influyen en el modo de vida de los mismos y en los sentidos subjetivos asociados a la enfermedad y a la salud.

Palabras clave: Salud; Enfermedad; Subjetividad; Representaciones sociales.

Abstract

In the present paper, we discuss the subjective configurations and the different social representations related to a patient with hypertension. Through the analysis, it is possible to understand distinctive subjective processes that are organized by the experience of patients with hypertension, and the way in which social representations exert influence over their way of life, as well as the subjective sense associated to the disease and illness.

Key words: Health; Illness; Subjectivity; Social representations.

¹ La presente investigación es resultado de la pesquisa realizada en el equipo de investigación “Los procesos subjetivos de las enfermedades crónicas” en Uniceub.

Introducción

En el presente trabajo son discutidos los procesos subjetivos que se configuran en la experiencia de hipertensión en un estudio de caso. Los procesos de salud y enfermedad se inscriben en dimensiones complejas que necesitan ser discutidas, tanto en relación a sus aspectos individuales como sociales. La teoría de la subjetividad desarrollada por González Rey y la teoría de las representaciones sociales desarrollada por Moscovici nos permiten articular cómo se organizan subjetivamente la historia y los contextos sociales de las personas. Desde la perspectiva de subjetividad asumida (González Rey 1997, 1999, 2003a), la subjetividad se presenta como la producción simbólico-emocional que se organiza simultáneamente en los diferentes espacios sociales de la experiencia y en las personas, siendo estas dos dimensiones de la subjetividad dos momentos de un mismo sistema que mantiene relaciones recursivas permanentes, rompiéndose de esa forma la dicotomía entre lo externo e interno que caracteriza algunas de las posiciones de la psicología hasta hoy.

En el presente artículo se presenta un análisis de las configuraciones subjetivas asociadas a la enfermedad, las que serán analizadas a partir de un estudio de caso. La investigación se desarrolla en una perspectiva cualitativa de base constructivo-interpretativa, para la cual el estudio de lo singular es una vía esencial en la construcción del modelo teórico que permite la producción de significados sobre el problema estudiado, pero que nunca agota el problema (González Rey, 1997, 2002, 2005; Pires, 2008; Groulx, 2008; Laparrière, 2008)

Aspectos subjetivos de la enfermedad y la salud

La salud y la enfermedad son expresiones complejas que integran el organismo humano y la red de prácticas sociales que se organizan en la cultura, las cuales terminan mediando las diferentes relaciones del hombre con el mundo. Esa relevancia de la cultura en el hombre se expresa en un nivel cualitativamente nuevo en la naturaleza de los procesos psíquicos humanos. Nivel que, en la línea de la cual partimos, se define por la subjetividad y las diferentes configuraciones de ese proceso tanto social cuanto individualmente.

Lo social y lo individual son procesos que se implican mutuamente en la constitución de la subjetividad y que se configuran simbólica y emocionalmente en la experiencia de la persona (González Rey, 2003a). En la teoría de la subjetividad, la compleja organización simbólica y emocional de los procesos humanos es definida por la categoría *sentido subjetivo*. En esos términos, la persona organiza su experiencia en el proceso de enfermedad a partir de los diferentes sentidos subjetivos que produce y que le permiten un posicionamiento activo o

no en relación a sus procesos de salud. Los desdoblamientos de la producción de sentidos de la persona se organizan de diferentes modos tanto en la subjetividad social cuanto en la individual, pues “el sentido representa la constitución histórica en el nivel subjetivo, de las diferentes actividades y relaciones significativas en la constitución del sujeto” (González Rey, 2003b: 174).

La división en subjetividad social e individual significa que los dos sistemas están en relación, rompiendo con la idea de procesos psíquicos reducidos a una dimensión individual y, por otro lado, retomando el carácter subjetivo de los procesos sociales. De esta manera, lo social deja de ser algo externo a la persona y pasa a ser tratado como algo que se encuentra en constante relación con el sujeto que lo constituye y es constituido a través de sus acciones. La definición de la categoría *subjetividad social* nos permite una visión compleja del funcionamiento de las diferentes instancias sociales, en el intento de superar la forma fragmentada sobre la cual se estudian los distintos espacios sociales en sus procesos de subjetivación.

Tanto la subjetividad social cuanto la individual son sistemas implicados en los procesos de salud y enfermedad, pues la persona produce diferentes sentidos subjetivos en la tensión de esos dos sistemas. De ese modo, ninguna enfermedad es portadora de sentido subjetivo en abstracto; el sentido es una producción que integra elementos diversos, tanto del contexto de la vida de las personas cuanto de los aspectos de su configuración subjetiva actual.¹ No hay un sentido universal que nos permita definir el proceso de enfermedad más allá de la experiencia de la persona en los espacios que la constituyen. El sentido subjetivo se caracteriza por una producción en lo singular, pues todo sentido subjetivo trae la marca de la historia del sujeto y de su acción en los contextos actuales de su vida. En palabras de González Rey:

El (se refiere al sentido subjetivo) es siempre una producción diferenciada, singular, y de naturaleza subjetiva, que lo hace irreductible al sistema de aspectos objetivos que participan de su génesis y desarrollo... La subjetividad es un sistema auto-organizado generador de una producción particular, que son los sentidos, a través de los cuales el hombre se expresa en su especificidad en todas las actividades humanas (González Rey, 2003b : 175).

El tema de la subjetividad en relación a los procesos de salud-enfermedad también aparece en la obra de autores como Guattari, Castoriadis y Elliot, entre otros, quienes desde posiciones críticas al psicoanálisis ortodoxo, desarrollan

¹ Sistema de sentidos subjetivos organizados de forma relativamente estable en relación a aspectos de la historia personal y de la vida social (González Rey, 2003).

aportes que permiten integrar los procesos sociales e institucionales al estudio de la salud humana. En este sentido, Guattari define subjetividad como:

[...] el conjunto de condiciones que torna posible que instancias individuales y/o colectivas estén en posición de emerger como territorio existencial auto-referencial, en la adyacencia o en la relación de delimitación con una alteridad en sí misma subjetiva (Guattari, 1990: 7).

Jung en sus trabajos se sitúa en relación al psicoanálisis, enfatizando en su pensamiento la procesualidad de la constitución psíquica e insertando lo social en la organización de lo psicológico: “la neurosis nos obliga a ampliar el concepto de ‘enfermedad’ más allá de la idea de un cuerpo aislado, perturbado en sus funciones, y a considerar al hombre neurótico como un sistema de relación social enfermo” (Jung, 1988: 22). O sea, el neurótico no está circunscripto a la definición que lo limita, ni a una sintomatología característica y universal, sino que se considera la pluralidad de la organización de ese proceso, incluyendo en este a lo social como instancia importante para su organización.

En Foucault también encontramos una posición crítica en relación a cómo la salud se ha trabajado en las instituciones sociales y en la propia psicología. Aunque Foucault no usó de forma explícita el término subjetividad, su uso de los procesos de subjetivación en sus trabajos, muestra una convergencia con las necesidades heurísticas que estimularon el desarrollo de la subjetividad en la perspectiva asumida en este trabajo. En libros como *El nacimiento de la clínica* (1998) y *Los anormales* (2002) aunque no desarrolla el tema de forma explícita, las cuestiones de la subjetividad aparecen en la medida en que ejerce su crítica al tratamiento de los problemas humanos a partir de los discursos médico y jurídico. Tomo aquí una cita del autor que explicita su posición crítica al discurso médico dominante:

No existe esencia patológica más allá de los síntomas: todo en la enfermedad es fenómeno de sí misma. Los síntomas desempeñan de ese modo el papel ingenuo, primero de naturaleza: ‘su colección forma lo que se llama enfermedad’. Nada más son que una verdad enteramente expuesta a la mirada (Foucault, 1998: 103).

Las representaciones sociales como proceso subjetivado

El estudio sobre los procesos de sentidos que se configuran en la experiencia de la hipertensión es enriquecido cuando establecemos discusiones sobre los aspectos sociales que tienen impacto en esa producción subjetiva. La teoría de las representaciones sociales nos auxilia en esa reflexión, pues nos trae una

categoría –las representaciones sociales– que nos permite explicar las variadas producciones simbólicas organizadas en los diferentes espacios sociales. En este trabajo, discutimos las representaciones sociales como producción subjetiva, pues “son producciones sociales que expresan elementos de sentido muy variados sobre las realidades en las cuales emergen” (González Rey, 2004 : 95).

La representación social no es un reflejo de la realidad, las representaciones sociales aparecen como resultado de procesos simbólicos que están en la base del carácter compartido de las prácticas sociales. “Los procesos que generan representaciones sociales están involucrados en la comunicación y en las prácticas sociales: diálogo, discurso, rituales, estándares laborales y de producción, arte, en resumen, cultura” (Jovchelovitch, 1995 : 79). Las representaciones no son construcciones sociales abstractas, sino producidas por personas en relación a otras personas (Jodelet, 2001). A fin de cuentas, “quienes” producen representaciones son personas que organizan su conocimiento en relación a los diferentes aspectos de la vida social. Jovchelovitch enfatiza que esa categoría nos permite la ruptura con una visión dicotomizada de la realidad e inserta lo social y sus desdoblamientos “sin perder de vista la capacidad creativa y transformadora de los sujetos sociales” (Jovchelovitch, 1995 : 64).

Para Jovchelovitch (2008), la teoría de las representaciones sociales debe ser comprendida como psicología de los saberes sociales y, además de eso, como una teoría respecto de cómo nuevos saberes se organizan y toman su forma en el tejido social. De este modo, el estudio de diferentes representaciones no se hace sólo para que podamos comprender cómo determinado fenómeno se constituye en saber sino, además, para entender la manera en que este saber tiene impacto sobre las prácticas sociales y en los desdoblamientos de ese proceso. Farr esclarece su posición, a este respecto, con el uso del término representación cuando se refiere al tema de la salud:

Nos preocupa cómo esas causas, objetos y eventos son percibidos e interpretados por individuos y grupos de individuos, y además cómo esas preocupaciones e interpretaciones se reflejan en el pensamiento, imaginación, conversación y acciones (Farr, 1995: 94).

Los teóricos de las representaciones sociales (Moscovici, 2003; Jodelet, 2005) definen a las representaciones como un conocimiento social y subjetivado. A pesar de que el concepto de subjetividad no esté presente de manera explícita en los trabajos de esos autores, sin embargo estos avanzan en una definición subjetiva del conocimiento. La teoría de las representaciones sociales enfatiza la construcción social de la realidad; no existe separación entre sujeto y realidad, ambos se constituyen recíprocamente. En este sentido, expresa el carácter producido

y subjetivo de esa misma realidad. Los procesos de subjetivación involucrados en la producción de una representación no son sólo un acto de conocimiento sino, a la vez, una producción de sentido subjetivo (González Rey, 2003), pues las representaciones sociales toman forma diferenciada según el contexto social y cultural. Así, la teoría de la subjetividad es importante en esa discusión y nos permite una articulación teórica que puede generar visibilidad sobre los procesos de salud y enfermedad, pues tanto las representaciones sociales cuanto otros procesos subjetivos individuales están configurados en la producción de sentidos subjetivos de la persona.

Las representaciones sociales se organizan en espacios de comunicación (Moscovici, 2003; Jovchelovitch, 2008) en los cuales las personas intentan dar forma a los distintos procesos presentes en su historia individual, social y cultural. Reiteramos que las representaciones no se manifiestan de manera directa y explícita en la comunicación, pues los procesos de comunicación son simbólicos y subjetivados, y en ellos se organizan los sentidos y significados de una manera imprevisible para sus protagonistas. La constitución subjetiva de las representaciones no está directamente relacionada a la actividad representacional en sí misma, los procesos que las engendran tienen una organización simbólica desarrollándose en la comunicación y en las prácticas sociales de los miembros de un grupo: diálogos, rituales, instituciones (Jovchelovitch, 1995). De ese modo, la teoría de las representaciones sociales nos permite una visualización de los procesos de subjetivación de la vida social constituidos en la subjetividad social:

Ellas (las representaciones sociales) representan elementos de inteligibilidad por medio de los cuales los sujetos significan y experimentan los sentidos subjetivos de sus relaciones de comunicación y, por esta razón, expresan en ese proceso un conjunto de elementos esenciales de la subjetividad social, en los cuales podemos encontrar elementos de sentido que justifiquen porque son estas representaciones y no otras, las que caracterizan un cierto objeto o fenómeno de la realidad social concreta (González Rey, 2003: 136).

Lo anterior no significa que el sentido subjetivo esté explícito en las representaciones sociales y en los espacios de comunicación. Según González Rey (2004) las representaciones sociales tienen 'zonas de sentido subjetivo' que en la investigación sólo pueden ser accedidos indirectamente, por eso la pertinencia de nuestro enfoque constructivo-interpretativo en este trabajo. Así, las representaciones sociales son constituidas por procesos que no son explícitamente distinguidos y declarados por las personas, pero que se organizan en procesos de sentido subjetivo que integran tanto la subjetividad individual cuanto las representaciones sociales. En los procesos de salud y enfermedad las representaciones

sociales no se configuran como procesos supra individuales, para la persona, pero se expresan en los posicionamientos del sujeto dentro de los diferentes espacios sociales, lo que posibilita distintas producciones de sentido en relación a esas mismas representaciones.

Herzlich (1973) realizó un importante estudio de las representaciones sobre la salud y la enfermedad, así como Jodelet (2005), quién estudió las representaciones sociales sobre la locura en una colonia familiar en Francia. Herzlich (2005) enfatiza que la enfermedad, por modificar o amenazar nuestra vida individual, demanda un análisis continuo de la sociedad y de su efecto en el sujeto individual. Las representaciones de las enfermedades tienen impacto en la forma en que ellas se constituyen subjetivamente en los diferentes sujetos. Ambas autoras reconocen la importancia del estudio de las representaciones sociales para entender procesos individuales y sociales complejos que toman forma cuando las personas tienen que lidiar con lo diferente, ya sea con relación a la locura, o con aspectos vinculados a la salud y al modo de vida. Herzlich afirma que:

La doble oposición entre 'salud-enfermedad' e 'individuo-sociedad', que organiza la representación, da sentido a la enfermedad. Por medio de la salud y de la enfermedad, tenemos acceso a la imagen de la sociedad, de sus imposiciones, tales como el individuo las vive. Englobada en esa imagen, la enfermedad adquiere significación (Herzlich, 2005: 60).

El estudio de las representaciones sociales posibilita la comprensión de sistemas de conocimiento diverso, que se organizan en la génesis de los procesos de salud y enfermedad, lo que justifica la importancia de esta discusión, una vez que las prácticas derivadas de concepciones dominantes en relación a la salud se presentan como un conocimiento válido y único. Como ejemplo de lo anterior, podemos hablar de la despersonalización de pacientes con cáncer en la red pública de salud en Brasil pues, una vez que obtienen el diagnóstico de la enfermedad, estos no pueden iniciar el tratamiento hasta no saber el grado de desarrollo de la misma. El problema es que estos pacientes dependen de diferentes instrumentos del hospital para su diagnóstico y a veces quedan internados muchos días esperando el momento del examen, ya que la espera en hospitales públicos es algo muy generalizado. Los desdoblamientos de ese proceso son significativos, pues la enfermedad no espera hasta que los exámenes estén listos, el paciente queda hospitalizado y su vida en suspenso. Tomo aquí un texto de Jovchelovitch:

De allí la necesidad de llevar al trabajo práctico una nueva concepción de lo que sea el conocimiento, la necesidad de dar importancia práctica a diferentes concepciones de conocimiento y la necesidad

de cuestionar seriamente las prácticas derivadas de las concepciones dominantes. Más que apenas 'teoría', estas concepciones poseen implicaciones concretas para todos aquellos que están implementando y recibiendo las prácticas que esas representaciones sustentan (Jovchelovitch, 2008: 237).

Las discusiones en relación a los procesos de salud y enfermedad, por lo tanto, deben pautarse no sólo por la representación que el paciente tenga de su proceso, sino, también, por los procesos de subjetivación social que se expresan, muchas veces, en las representaciones del sistema dominante en relación al paciente. Pues, así como las representaciones sociales se organizan en sentidos subjetivos en una producción de la persona, esos sentidos se alimentan de elementos de significado de la subjetividad social. Lo que queremos enfatizar es la necesidad del reconocimiento de esos diferentes elementos en los procesos de salud y enfermedad, a fin de que la psicología avance más allá de una representación de procesos individuales, dimensionando los aspectos culturales y sociales de la salud y la enfermedad.

Epistemología cualitativa

La metodología cualitativa que se presenta en este trabajo se basa en la noción de epistemología cualitativa propuesta por González Rey (1997; 1999), que enfatiza el conocimiento como producción. La investigación, en esos términos, presenta un carácter procesal. En este proceso se privilegia la plurideterminación de los fenómenos, evitando la linealidad causa-efecto (González Rey, 1999; Santos, 2007), pues el investigador busca comprender la dinámica de aquello con lo que está entrando en contacto:

[Una] característica relevante del método consiste en que los investigadores de tendencia cualitativa se ocupan con el proceso y no con el producto de las intervenciones del científico, es decir, quieren saber cómo los fenómenos se dan naturalmente, importándoles las relaciones establecidas entre dichos fenómenos... Y, por ende, desde el punto de vista técnico... cuestiones puestas a los entrevistados deben iniciarse más a menudo por el pronombre 'cómo' y menos por el 'por qué' (Turato, 2003: 263).

La propuesta de González Rey (1999) para una epistemología cualitativa no significa desconocer que toda epistemología como proceso de conocimiento sea cualitativa, sino que el autor destaca la necesidad de que se especifique lo cualitativo en el campo epistemológico. Esta ha sido una preocupación de distintos autores –Pires, 2008; Groulx, 2008; Laparrière, 2008–, pero que aún

no ha encontrado una posición explícita en el campo de las ciencias sociales. La epistemología cualitativa representa una tentativa de producir conocimiento que permita la creación teórica “acerca de la realidad plurideterminada, diferenciada, irregular, interactiva e histórica, que representa la subjetividad humana” (González Rey, 1999 : 35). La epistemología cualitativa está asentada sobre tres principios (González Rey, 1999):

1. El conocimiento es una producción constructivo-interpretativa, o sea, “el conocimiento es una construcción, una producción humana” (González Rey, 2005: 6). El investigador permanentemente confronta su pensamiento con los fenómenos que encuentra en el proceso de investigación. Turato (2003) enfatiza el papel del investigador como instrumento del trabajo de campo, pues es con el apoyo de sus percepciones que puede representar y elaborar los fenómenos, siendo los instrumentos propiamente dichos auxiliares en ese proceso. Así, el rol del investigador en ese proceso es el de alguien que piensa y produce conocimiento en la confrontación de sus ideas con el momento empírico en que la teoría no está lista, pero se construye en permanente tensión con el momento empírico.

De esta forma, la interpretación no se organiza con base en categorías universales que den cuenta de los procesos que aparecen en el curso de la investigación. La interpretación es una construcción del investigador, en la que la teoría es un instrumento en el proceso interpretativo que actúa como “marco de referencia que mediatiza el curso de las construcciones teóricas del investigador sobre el objeto” (González Rey, 1999: 38). La investigación, en este modelo, no agota el problema sino que genera nuevas zonas de sentido,² abriendo otras posibilidades para la construcción teórica con relación al problema abordado. Se pasa aquí de una lógica de la respuesta a una lógica de la construcción.

2. La producción de conocimiento tiene un carácter interactivo, por lo que “la investigación es un proceso de comunicación, un proceso dialógico” (González Rey, 2005: 13). Salimos así del modelo que procura respuestas encuadrando la expresión del sujeto en límites cerrados, lo que empobrece su expresión, hacia una relación con el sujeto en un sistema conversacional, que permita al mismo involucrarse en el proceso dialógico y expresarse libremente (González Rey, 1999). La comunicación es una vía de construcción de conocimiento, pues por medio de ella la persona se expresa, implicándose en el proceso de la investigación y posibilitando la aparición de distintos procesos de sentido subjetivo que caracterizan

² Zona de sentido representa una forma de inteligibilidad sobre la realidad que se produce en la investigación y no agota la cuestión, sino que abre posibilidades para distintos ahondamientos en la construcción teórica (González Rey, 2007).

la expresión de ese sujeto. Con esto no queremos afirmar que podremos conocer directamente los sentidos subjetivos implicados en la producción de la persona, sino que los mismo aparecerán por vías indirectas durante el proceso dialógico.

3. El conocimiento no se legitima por la cantidad de sujetos investigados sino por la calidad de su expresión. O sea, no se buscan procesos estandarizados, sino la participación de los sujetos en el proceso dialógico en que estos se motivan por medio de la comunicación investigador-sujeto. La adopción de una epistemología cualitativa privilegia la significación de lo singular para la producción de conocimiento (González Rey, 1997). El sujeto en su constitución subjetiva es único, así como la calidad de su expresión. De ese modo, salimos de un modelo de investigación que ve al mismo como una entidad objetiva para otro, que lo percibe en una relación de recursividad entre lo social y lo individual donde se produce una emocionalidad diferenciada, de acuerdo con el momento de su experiencia. Esto es bien expresado por González Rey cuando dice:

La colocación de la singularidad en la investigación de la subjetividad se reviste de una importante significación cualitativa, que nos impide de identificarla con el concepto de individualidad. La singularidad se constituye como realidad diferenciada en la historia de la constitución subjetiva del individuo [...] Así, cuando trabajamos con el sujeto como singularidad, lo identificamos como una forma única y diferenciada de constitución subjetiva (González Rey, 1999: 40).

El conocimiento se construye a lo largo del proceso, las informaciones no representan una versión final de la realidad en sí, sino que constituyen una fuente para el proceso de producción de conocimiento. La producción de información no está asociada a la significación estadística sino a la calidad de la interacción investigador/sujeto, que permite que el espacio relacional se constituya como escenario de investigación con base en las necesidades de las personas involucradas en él.

El investigador se posiciona constantemente en relación al momento empírico sin que con ello pretenda llegar a verdades universales o encontrar categorías establecidas *a priori* en el proceso. Esto se da con el desarrollo permanente de sus ideas, motivado por la tensión entre el momento empírico y su producción intelectual, que se organizan en sistemas de significaciones que no son evidentes, explícitamente, en los procesos investigados (González Rey, 2005).

Las interpretaciones del investigador se organizan en indicadores (González Rey, 1997) que se expresan en categorías producidas en la construcción de infor-

mación y permiten generar hipótesis sobre el problema estudiado. Los indicadores se constituyen de forma explicativa, lo que significa que son construcciones dirigidas a dar sentido a lo no observable (González Rey, 1997), rompiendo así con la idea de construcción como relación isomórfica con la realidad. De este modo, por ejemplo, decir que una persona tiene o no autoestima no significa nada en términos personales, pues esa categoría está asociada a diferentes sentidos subjetivos que se organizan en su experiencia en distintos contextos y no se manifiesta bajo la forma de una característica estática de esa persona.

Instrumentos

Los instrumentos de la investigación cualitativa son un medio para que el sujeto pueda expresarse, “estimulando la producción de entramados de información, y no de respuestas puntuales” (González Rey, 2005 : 43). El instrumento no es una fuente de datos, sino de información sobre lo investigado, que toma forma en las informaciones producidas por el sujeto estudiado (González Rey, 1999). Los instrumentos son inductores de informaciones relevantes para los sujetos participantes de la investigación. Eso no significa que encontramos en el instrumento, linealmente, las diferentes producciones de sentido de las personas, sino indicadores de sentido subjetivo que pueden constituirse en hipótesis. Como bien afirma González Rey: “cada instrumento representa una situación de sentido distinta, a partir de la cual el sujeto estudiado se posicionará, lo que contribuye para estimular el compromiso con la expresión de sentidos subjetivos” (González Rey, 2005 : 48).

La investigación es un proceso que no se agota en único instrumento, sino que diferentes instrumentos posibilitan expresiones diferenciadas en distintos momentos del escenario de investigación. Los instrumentos pueden ser de expresión oral o escrita, en grupo o individual, dependen de las necesidades del investigador para escoger cuál de ellos se adapta mejor a las necesidades en el momento. En este trabajo, optamos por la dinámica conversacional y el ejercicio de “completar frases”.

La conversación se constituye por el involucramiento de los participantes en el proceso de comunicación, facilitando la expresión individual sobre temas que son relevantes para esas personas. El sistema conversacional permite el diálogo y el investigador se desplaza del lugar de las preguntas para integrarse a la dinámica de la conversación (González Rey, 2005). Los procesos de comunicación son importantes caminos de producción de información en espacios relacionales.

La entrevista y la conversación difieren por la naturaleza de sus procesos. La primera tiene, en sí misma, un carácter instrumental, ya que el investigador

parte de cuestiones realizadas *a priori* y el espacio de diálogo se centra en las respuestas dadas por los participantes, no por la calidad de la conversación, pues la implicación del investigador se restringe a la instrumentalización, lo que no conlleva su interacción como participante del proceso subjetivo que se inicia. La conversación, que se caracteriza por el carácter procesal de la relación investigador-sujeto, “presenta un acercamiento al otro en su condición de sujeto y persigue su expresión libre y abierta” (González Rey, 2005: 49) y, de forma gradual, posibilita que los participantes se involucren más, facilitando el surgimiento de sentidos subjetivos diferenciados en el proceso:

La investigación se convierte, de ese modo, en campo de relaciones, que el sujeto legitima como propio en la medida en que se extiende en la expresión de sus necesidades y desarrolla nuevas necesidades dentro de él, en las relaciones que progresivamente se constituyen en el desarrollo de la investigación” (González Rey, 1999: 89).

El ejercicio de “completar frases” es un instrumento compuesto por una cantidad de frases inconclusas, que deben ser completadas por el participante. Las frases incompletas son inductoras de información, que pueden referirse a actividades, a experiencias o a personas sobre las que los sujetos se expresan intencionalmente (González Rey, 2005: 57). Es una herramienta más para la producción de informaciones, sin representar un fin en sí mismo. Las hipótesis que se originan de allí son reafirmadas por medio de informaciones provenientes de otros instrumentos, escritos o no.

Construcción de información: Laura

En este trabajo discutiremos el caso de Laura, 23 años, psicóloga. En esta nuestra primera conversación yo le recuerdo que habíamos conversado sobre hipertensión y que en ese momento me gustaría retomar el asunto para entender sobre su diagnóstico y cómo fue esa experiencia en su vida. Su relato se inicia así:

Tanto la familia de mi madre cuanto la familia de mi padre, todos tiene presión alta. Entonces eso ya es un factor de la familia, ¿cierto?; y con la separación de mis padres yo creo que desde mucho tiempo, entonces es así, mi madre entró en depresión, mi padre salió y nunca nos dio atención... (hace 17 años atrás). Mi madre dijo, que yo no me conformaba con la situación, entonces por todo yo lloraba, y yo creo que desde esa época, fue de allí, porque ella dijo que yo era una niña super calma. Y allí yo comencé a ponerme agitada y nunca paré, yo soy una persona muy agitada, muy nerviosa y así, todo tiene que ser a mi tiempo y a mi hora, yo me quedo angustiada.

Podemos percibir en el relato de Laura un aspecto que podría ser parte de la representación social hegemónica en relación con la hipertensión, la causa de la hipertensión se asocia a hechos puntuales y características personales sin considerar que las personas tienen procesos de subjetivación que son esenciales en los sentidos subjetivos que aparecen en sus experiencias de vida y, por tanto, decisivos en el tipo de emociones producidas. Los aspectos más generales del modo de vida de las personas tampoco son asociados a la génesis de la hipertensión en las representaciones dominantes sobre esta enfermedad en el sentido común.

Laura continúa contando como fue el proceso de diagnóstico:

Y así hace cuatro años atrás yo comencé a sentir fuertes dolores de cabeza y sentía mi corazón acelerado. Y en relación al corazón acelerado una nunca cree que pueda ser presión alta. Yo tenía unos 17 o 18 años. Fui al Puesto de Salud a medirme mi presión y estaba 16 por 11. Y allí la médica se quedó sorprendida, preguntó como era mi ritmo de vida, y dijo que yo debería buscar un cardiólogo, que eso no era normal... Pero allí yo no le di importancia, dije: "ah no, es poca cosa, yo no quiero buscar un médico y todo eso". Así, hace unos dos años atrás eso comenzó a agravarse, y los dolores de cabeza aumentaban cada vez más. Yo me hice un examen, dio que esa presión mía era consecuencia de factores que me acontecían, nerviosismo y todo eso, el médico dijo eso, que es de fondo psicológico, fue eso que él colocó para mí, y allí yo tampoco le di importancia. Me dije así: "déjalo así que después voy al médico, yo soy joven, tengo como revertir todo esto y no sé que.

En esta parte del relato se vuelven a apreciar aspectos más asociados a la representación social sobre la enfermedad. Nuevamente aparece la atribución de la causa de la hipertensión a factores externos, lo que se asocia estrechamente a lo que fue comentando antes sobre la causalidad atribuida a experiencias concretas y/o características concretas de la persona. A pesar de la importancia de los factores psicológicos en la hipertensión, estos no afectan de forma lineal y directa el proceso hipertensivo, como esto es representado en el sentido común. Según González Rey:

Lo mental afecta a lo somático no por la aparición del síntoma, sino por la multiplicidad de formaciones, mecanismos y manifestaciones... no saludables que, después de alcanzar una determinada estabilidad en el plano de la personalidad, afectan de maneras diversas a lo somático del organismo (González Rey, 2004: 4).

O sea, no hay una relación directa entre un estado psicológico y un proceso de enfermedad, son procesos subjetivos que se organizan a lo largo del tiempo de manera multideterminada y que no permiten un reduccionismo a elementos

que pueden ser considerados como causa. Con relación a la hipertensión, algunos estudios apuntan a patrones de personalidad que serían más susceptibles de presentar procesos hipertensivos (Wright, 1998; Kent, 1983), lo que para nosotros es una visión que no privilegia a los aspectos individuales y singulares en el proceso de enfermedad, pues buscan homogeneizar aspectos que se organizan de manera diferenciada a lo largo de la vida de la persona, imposibles de ser cuantificados y padronizados dentro de un marco único de referencia.

En la última parte del relato analizado antes, sobre la expresión de Laura aparecen indicadores de cómo ella se posiciona en relación a su proceso de enfermedad, que nos permiten establecer consideraciones sobre diferentes sentidos subjetivos que podrían tener relación con su respuesta hipertensiva. Cuando Laura dice que no buscó al médico después de medir su presión y de que como era joven podría ‘arreglarse de alguna manera’, evidencia su posición en relación a su salud, pues no necesita hacer nada, ya que por la edad no debía ser algo grave. O sea, a pesar de que en su familia la hipertensión es recurrente, no le parece importante pensar en esos aspectos pues ella puede cambiar su situación en función de su juventud. Están presentes aspectos de una representación social de juventud y de enfermedad que forman parte de sus creencias personales, acompañándose de emociones que favorecen su inmovilidad en relación a la hipertensión. Esa relación simbólico-emocional, arraigada por creencias naturalizadas que se apoyan en representaciones hegemónicas, tiene un efecto paralizante en relación a la enfermedad, y constituye un aspecto importante de la configuración subjetiva de la enfermedad de Laura.

Otros indicadores, de la calidad de su relación con la madre, aparecen en el ejercicio de “completar frases”:

Yo quiero saber *que resentimiento tengo de mi madre y quien soy yo*

A mí me gusta *vivir*

Infelizmente *no tengo la vida que desee*

Mi familia *todo para mí*

Mi familia es todo para mí, preciso estar bien con mi madre para estar bien con otros aspectos de mi vida. Si yo no estoy bien con ella, paso el día todo pensando y así aquello me estresa, me deja nerviosa y me quedo pensando en una manera de estar bien con ella, de hacer con que yo esté bien.

Aquí se presentan indicadores que nos permiten hablar de la configuración subjetiva de la madre para Laura. La relación con la madre es marcada por una producción de sentido contradictoria, al mismo tiempo en que la madre es todo

para ella, ella se siente infeliz en esa relación. Cuando conversamos sobre el tema, mi familia, se evidencian indicadores de la producción de sentido con relación a la madre. La familia para Laura está organizada en la figura de la madre, ella habla del hermano eventualmente y el padre, en sus palabras, es un pariente distante que no hace tanta falta. En sus planes para el futuro, vemos como la madre es una configuración dominante en relación a otros aspectos de su vida: el novio, por ejemplo. Laura relaciona su felicidad (de ella) a la felicidad de los otros, especialmente a la felicidad de la madre.

Pensamos que las representaciones sociales que se configuran frente a los aspectos familiares en nuestra cultura podrían darnos elementos para esa organización de la subjetividad social de la familia. O sea, Laura tiene una producción de sentido que es alimentada por una representación de familia en que la madre es el centro, y ese centro debe estar encima de nuestras preocupaciones personales. La relación de los padres de Laura siempre fue marcada por el conflicto, la falta de respeto, pero su producción de sentido en relación a ese tiempo es que “fue muy feliz”, y esa felicidad no está presente en el momento actual. Esos aspectos se evidencian en otros momentos del ejercicio de “completar frases”:

Mi padre *hoy no sé quien es*

Mi madre *todo para mí*

Tengo nostalgia *de mi infancia*

Es interesante la representación de Laura de la infancia, para ella fue un momento en que todo estaba muy bien y el padre era una figura que estaba presente en su vida, lo que actualmente ya no sucede, pues el contacto entre ellos disminuyó. Laura se siente presionada a hacer feliz a su madre. Pienso que el impacto de esa producción de sentido en los procesos de salud de Laura es grande, pues la tensión que es generada por esa situación muchas veces le provoca un gran cansancio físico y agotamiento mental, lo que ella siempre relató en nuestros encuentros.

Al asumir que su única opción es cuidar de su madre, percibimos los desdoblamientos de esta producción de sentido en relación a su tiempo personal en la representación social de lo cotidiano. Pues el placer no está presente en la casa en que vive con la madre, y Laura intenta encontrar alternativas para no tener que convivir diariamente con los problemas que enfrenta con ella. Así, pasa gran parte del tiempo libre en la casa del novio: “yo vivo de la siguiente forma, miércoles y jueves voy para mi casa. ¿Por qué hago eso?: es una estrategia que encontré, porque después que comencé a hacer eso percibo que estoy mejor, así no me quedo más tan agitada, tan nerviosa”.

De esta forma, la representación social de lo cotidiano y los sentidos subjetivos en relación a la madre se organizan de una manera que podrían hacer que Laura no encontrase alternativas y se posicionase como víctima de la situación. Pero en ese caso ella genera opciones a la falta de 'espacio' en su casa y encuentra otro lugar y persona que le posibilitan una expresión más libre. La configuración subjetiva en relación a la madre es alimentada por sentidos subjetivos diversos que muchas veces subvierten el posicionamiento de sumisión de Laura.

Consideraciones finales

El caso de Laura evidencia cómo las representaciones sociales hegemónicas impactan las producciones de sentido subjetivo en una persona. Sin embargo, queda claro que los sentidos subjetivos desarrollados por la persona, frente a esos impactos, son el resultado de complejos procesos subjetivos que integran los efectos colaterales de una experiencia vivida. De ahí que no haya ninguna influencia social actual de forma lineal y directa sobre la persona. Los comportamientos de Laura son el resultado de una producción subjetiva muy compleja que solo un análisis abierto y en proceso, como el desarrollado aquí, nos permite conocer.

En el sentido común, y entre los propios profesionales de la salud, la hipertensión es con frecuencia representada como el resultado de problemas concretos: ya sean del modo de vida, de una tensión particular en un momento de la vida, de tener mucho trabajo, etc. Con ello, el trabajo más profundo sobre el modo de vida de la persona y sobre las formas en que sus procesos subjetivos más complejos están comprometidos en ese modo de vida, es totalmente obviado. Sin embargo, el cambio en el modo de vida está relacionado con la producción de nuevos sentidos subjetivos, cuyos efectos son esenciales al desarrollo de la salud o de la enfermedad, según sea la emocionalidad que les caracteriza. Esa alternativa de producción de nuevos sentidos subjetivos es el camino del cambio, además de representar una alternativa en el control de hipertensión.

Las representaciones sociales son importantes para la comprensión del sistema de prácticas compartidas que se configuran en la subjetividad social e impactan, tanto negativa como positivamente, la producción de sentidos subjetivos de pacientes con enfermedades crónicas —en este caso la hipertensión. La consideración de las representaciones sociales es importante para las discusiones sobre prevención y promoción de la salud, pues los diferentes impactos de las representaciones sociales dominantes en relación a las diferentes enfermedades pueden limitar el desarrollo de un modo de vida saludable en los procesos de enfermedad.

De este modo, comprender las diferentes representaciones sociales que se organizan en los procesos de salud y enfermedad nos permite trabajar con la persona a partir del impacto que esas representaciones tienen, para ella, desde su producción de sentidos subjetivos. Cualquier cambio de modo de vida o propuestas de políticas públicas en relación a la salud deben considerar las diferentes representaciones sociales producidas en los distintos espacios sociales, pues éstas generan diversos desdoblamientos para los procesos subjetivos individuales y sociales.

Bibliografía

Farr, Richard. (1995). *Representation of health, illness and handicap in the mass media of communication: a theoretical overview*. Em Marková, I. Farr, R. (eds.), *Representations of health, illness and handicap* (3-30). Harwood Academic Publishers.

Foucault, Michel. (1998). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro. Forense Universitária.

Foucault, Michel. (2002). *Os anormais*. São Paulo. Martins Fontes.

González Rey, Fernando Luiz. (1997). *Epsitemologia cualitativa y subjetividad*. São Paulo. EDUC.

González Rey, Fernando Luiz. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumos y desafios*. São Paulo. EDUC.

González Rey, Fernando Luiz. (2002). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: caminhos e desafios*. São Paulo. Thomson Learnig.

González Rey, Fernando Luiz. (2003a). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo. Thomson Learnig.

González Rey, Fernando Luiz. (2003b). *O social na psicologia e a psicologia social*. São Paulo: Vozes.

González Rey, Fernando Luiz. (2004). *Personalidade Saúde e Modo de Vida*. São Paulo. Thomson Learnig.

González Rey, Fernando Luiz. (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*, São Paulo. Thomson Learnig.

Groulx, Lionel-H. (2008). *Contribuições da pesquisa qualitativa à pesquisa social*. Em Poupard, J. ,Deslauries, Groulx, L. Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (orgs), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (95-126). Petrópolis. Vozes.

Guattari, Felix. (1990). *Linguagem, consciência e sociedade*. Em Lancetti, A. (org), *Saúde e loucura 2* (s a 17). São Paulo. Hucitec.

Herzlich, Claudine. (1973). *Health and Illness. A social psychological analysis*. London. Academic Press.

Herzlich, Claudine. (2005). *A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença*. Physis. Revista de Saúde Coletiva, 15 (suplemento), 57 – 70.

Jodelet, Denise. (2001). *Representações sociais: um domínio em expansão*. Em Jodelet, D. (ed) *As representações sociais* (17-44). Rio de Janeiro. Ed. UERJ

Jodelet, Denise. (2005). *Loucuras e Representações Sociais*, Petrópolis: Vozes.

Jovchelovitch, Sandra. (1995). *Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais*. Em Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (eds), *Textos em representações sociais* (pp. 63-85). Petrópolis. Vozes.

Jovchelovitch, Sandra. (2008). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis. Vozes.

Jung, Carl. Gustav (1988). *Psicologia do inconsciente*. Petrópolis. Vozes.

Laparrière, Anne. (2008). *Os critérios de cientificidade dos métodos cualitativos*. En Poupard, J. ,Deslauries, Groulx, L. Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (orgs), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (410-436). Petrópolis. Vozes.

Moscovici, Serge. (2003). *Representações Sociais. Investigações em psicologia social*. Petrópolis. Vozes.

Pires, Álvaro P. (2008). *Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências humanas*. En Poupart, J. ,Deslauries, Groulx, L. Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (orgs), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (43-94). Petrópolis. Vozes.

Santos, Boaventura de Sousa. (2007). *A crítica da razão indolente*. São Paulo. Cortez.

Turato, Egberto. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis. Vozes.